

Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea .....  
(denumirea, adresa, telefonul)

### ADEVERINȚĂ MEDICALĂ PENTRU ÎNSCRIEREA ÎN COLECTIVITATE

Numele și prenumele: ....., sexul: ....., vârsta: .....

Adresa (strada nr., orașul, județul/sectorul): .....

Instituția la care dorește să se înscrie (școala, liceul, grădinița, creșa):  
.....

Numele și prenumele părintelui/tutorei legal instituit .....

Telefonul de contact al părintelui/tutorei legal instituit .....

Antecedente patologice NU DA :

- astm

- sindrom de hiperactivitate

- otită medie cronică D/recurentă

- maladii congenitale de cord

- probleme de învățare /dezvoltare

- diabet zaharat

- leziuni osteoarticulare

- convulsii

- tulburări de vorbire , auz , vedere

- tuberculoză

Altele .....

Alergii

NU DA:

-

medicamentoase: .....

....

- alimentare: .....

- altele: .....

Medicație pentru afecțiuni cronice

NU DA : (listați)

.....

.....

.....

Vaccinări (vezi aviz epidemiologie)

.....

Dacă ați bifat cel puțin una dintre acestea, atașați  
documente medicale relevante.

Examen fizic

Înălțime ..... cm. ....; greutate .... kg; indice de masă corporală kg/m<sup>2</sup>

Presiunea arterială (pentru copii peste 3 ani )

Examen fizic general (normal

/anormal )

ORL

Dentiție normală

.....  
DA NU

Extremitate cefalică - regiune

cervicală:

Ganglioni limfatici normali

.....  
DA NU

Pulmonar normal

.....  
DA NU

Cardiovascular normal

.....  
DA NU

Abdominal normal

.....  
DA NU

Genito-urinar normal

.....  
DA NU

Extremități normale

.....  
DA NU.

Tegumente normale

.....  
DA NU

Dezvoltare psihologică normală

Limбай normal

Comportament normal

Dezvoltare (copii preșcolari)

În limite normale

.....  
DA NU :

Dacă ați bifat NU, precizați tipul de afectare:

- cognitivă .....
- comunicare/limбай .....
- emoțională/socială .....
- adaptare .....
- motricitate .....

Auz

- Audiometrie (după caz)

normal

anormal : .....

Vizual

- Acuitate vizuală normală

DA

NU : .....

.....  
Ochi

stâng: .....

.....  
Ochi

drept: .....

.....  
- Corecție cu lentile

NU ♀

- Strabism

DA ♀

NU ♀

DA ♀

Recomandări

Activitate fizică normală DA NU restricții (după caz):

Alimentație diversificată DA NU restricții:

Reevaluarea este necesară:

- NU DA pentru ..... data programată .../  
.../ .....

Evaluări suplimentare NU DA care : .....

Necesitatea unui sistem special de educație Altele

Rezultatul evaluării

Copil apt /inapt pentru intrarea în colectivitate

Observații .....

Data examinării

Semnătura medicului, gradul profesional și parafa

.....

.....

.....

.....